

# 「入居を希望される方」の事についてお伺いします

別紙1

氏名	様	(居宅介護支援事業所)	(担当ケアマネージャー)
			(電話)
かかりつけ医療機関	(病院名)	(今までにかかった病気)	
	(主治医)	(現在かかっている病気)	

## 本人の状況について

※当てはまる項目に○をつけて下さい。

歩行状態	1.普通 2.ゆっくりなら歩ける 3.何かにつかまって歩く 4.歩行不能
移動方法	1.普通 2.杖使用 3.老人車・歩行器使用 4.車イス使用(自力での操作 可能・不可能)
着替え	1.普通 2.時間がかかるが自分で可能 3.一部介助でできる 4.全面介助必要
食事	1.自分で食べる 2.一部介助が必要 3.全面介助が必要
嚥下	1.飲み込み良い 2.咽せある為見守り必要 3.飲み込み困難 4.経管栄養
排泄	1.自分で可能 2.一部介助(ズボン上げ下げ等) 3.全面介助 4.失禁有 5.失禁なし
排泄方法	1.トイレ 2.尿瓶 3.ポータブル 4.オムツ・紙パンツ・パット 5.留置カテーテル
視力	障害：有・無 眼鏡使用：有・無
聴力	障害：有・無
言語・理解	障害：有・無
麻痺	有・無 (部位 )
物忘れ	有・無
<p>・何度も食事を要求する ・食べ物以外を口にする ・食事を食べない ・興奮する ・暴力がある</p> <p>・大声を出す ・歩き回る ・物取られ妄想がある ・幻覚がある(見えない物が見える)</p> <p>・トイレ以外で排泄ををする ・オムツをはずしてしまう ・昼夜逆転がある</p> <p>・独語がある ・意欲が低下している ・自己中心的 ・頑固 ・怒りっぽい</p>	